

298
Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 5 Avril 1900, à 1 heure

PAR

Fernand RABANT

Né à Palaiseau, le 4^{er} Janvier 1873

SUR QUELQUES CAS
D'ÉRYTHÈMES
PRÉMORBILLEUX

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : MM. CHANTEMESSE, professeur.

LETULLE et WURTZ, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE ET BOYER

Imprimeurs de la Faculté de médecine
15, RUE RACINE, 15

1900

Faulté de Médecine de Paris

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 5 Avril 1900, à 1 heure

PAR

Fernand RABANT

Né à Palaiseau, le 1^{er} Janvier 1873

SUR QUELQUES CAS

D'ÉRYTHÈMES

PRÉMORBILLEUX

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : MM. CHANTEMESSE, professeur.

LETULLE et WURTZ, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

JOUVE ET BOYER

Imprimeurs de la Faculté de médecine
15, RUE RACINE, 15

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

	PROFESSEURS	MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHEL
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale		HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie		N...
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale		JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
		GRANCHER
Maladies de enfants		JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux		BERGER
		DUPLAY
Clinique chirurgicale		LEDENTU
		TILLAX
Clinique ophtalmologique		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON
Clinique d'accouchement		BUDIN
		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LÉPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MENÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
BRIQUET	HARTMANN	ROGER	WALTER
BROUARD	LONGLOIS	SEHLEAU	WIDAL
BROUARD	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

[A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés
Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Depuis longtemps on connaît et on a signalé les érythèmes qui surviennent au cours des maladies éruptives, depuis longtemps on en a donné de bonnes descriptions cliniques, mais jusqu'à ces dernières années on en avait mal compris la signification, et leur pathogénie était restée bien obscure. Aujourd'hui on tend à les rapporter à des infections surajoutées et à les distinguer nettement des fièvres éruptives qu'elles accompagnent. Et c'est à l'appui de cette dernière opinion que nous apportons deux observations nouvelles dans lesquelles l'examen bactériologique a pu être fait avant l'apparition de l'éruption morbillieuse.

Mais auparavant qu'il nous soit permis d'adresser nos derniers remerciements et nos hommages respectueux à tous nos maîtres dans les hôpitaux, dont la bienveillance et les savants enseignements nous ont aidé à aimer et à mener à bien ces longues années d'études.

Monsieur le Docteur Schwartz, dont le bon accueil qu'il nous a fait à nous tout jeune débutant,

nous a permis d'occuper une place dans son service à l'hôpital Cochin.

M. le professeur Tillaux, dont les leçons nous ont toujours été si profitables.

M. le Prof. Hayem dont la bienveillance nous a permis de remplacer un externe de son service à Saint-Antoine nous fournissant ainsi l'occasion d'étudier de près le choléra sous la direction de M. le D^r Lesage.

M. le Prof. Hutinel, alors que nous étions bénévole dans son beau service aux Enfants-Assistés, sous la direction de son interne M. le D^r Thiercein : qu'il accepte ici l'hommage de notre profonde reconnaissance ; c'est à son enseignement si clair que nous devons nos connaissances en clinique infantile et c'est à sa bienveillance que nous devons les observations qui ont fait le point de départ de notre thèse.

Nous adressons aussi un reconnaissant souvenir à M. le D^r Campnon pour ses si excellentes leçons de clinique externe, alors que nous étions stagiaire dans son service à l'hôpital Broussais.

A M. le D^r Walther qui a toujours été si bienveillant pour nous et qui nous a permis d'approfondir nos connaissances chirurgicales dans son service à Saint-Antoine.

A M. le D^r Lepage et à son interne, notre excellent et aimable ami M. Mouchotte, dont le zèle et le dévouement nous ont permis d'acquérir les connaissances nécessaires en obstétrique.

Nous adressons encore le témoignage de notre reconnaissance aux maîtres qui ont bien voulu nous avoir comme externe dans les hôpitaux :

M. le D^r Balzer qui nous a fait connaître à l'hôpital Ricord, avec une si cordiale bienveillance, les maladies vénériennes.

M. le D^r Talamon qui nous appris à examiner un malade et dont les enseignements cliniques à l'hôpital Tenon nous ont été et nous resteront si précieux.

M. le D^r Chauffard qui nous a fait profiter si largement de ses savantes leçons à l'hôpital Cochin.

M. le D^r Darier qui nous a appris à connaître à l'hôpital de La Rochefoucault les affections de la peau et nous en a fait comprendre le traitement.

M. le D^r Wurtz enfin qui a toujours été pour nous si aimable et qui nous a fait voir tant de malades dans son service de consultation de l'hôpital Broussais.

Nous ne voulons pas terminer sans adresser nos remerciements à M. le D^r Fournier qui a été pour nous un véritable ami et à M. le D^r Bigard, ancien interne de M. le Prof. Hutinel, qui nous a aidé de ses conseils avec tant d'amabilité.

Nous adressons encore l'hommage de notre profonde reconnaissance à M. le Prof. Hutinel pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Chapitre Premier

Historique

La question des érythèmes dans la rougeole n'est pas une question nouvelle, aussi ne nous étendrons-nous pas en détails sur l'étude clinique de ces érythèmes.

Depuis longtemps, en effet, on les a signalés au cours de la convalescence de cette maladie et même dans la période prééruptive. A vrai dire, on les trouve même déjà décrits chez des auteurs pour lesquels ils passent inaperçus en tant qu'éruption distincte de la rougeole elle-même et pour qui ils ne sont qu'une variété de rougeole.

Déjà, en effet, Bouchut avait écrit : « La rougeole sans catarrhe se rencontre surtout dans les épidémies de rougeole. On voit des enfants qui présentent une éruption dont les apparences extérieures et la marche sont les mêmes que celles de la rougeole vulgaire. Il paraît d'ailleurs, d'après Willan, qu'un intervalle de plusieurs mois sépare quelquefois cette éruption du développement de la rougeole vulgaire, mais le plus souvent, celle-ci se manifeste 3 ou 4 jours après l'éruption non fébrile ».

Et comme le fait remarquer si justement M. Deschamps, cette éruption sans catarrhe et non fébrile,

précédant seulement de 3 ou 4 jours l'apparition de la rougeole vulgaire, n'est évidemment qu'un érythème rubéolique prémorbilleux mal compris par Bouchut.

De même, ces fameuses « rougeoles rentrées » des anciens auteurs, qui effraient encore tellement les âmes simples, ne sont très certainement que des érythèmes prémorbilleux.

Mais il faut arriver à Hénoch, en 1877, pour les trouver signalés pour la 1^{re} fois, comme rares d'ailleurs, d'une façon un peu précise.

Il rapporte, en effet, dans ses leçons cliniques sur les maladies des enfants, l'observation d'un enfant de deux ans chez qui une rougeur diffuse sur le visage et la poitrine précéda de 3 jours l'apparition de l'exanthème morbilleux auquel il fit place, et s'accompagna de broncho-pneumonie et de diarrhée abondante.

Quelques années plus tard, en 1890, Talamon, dans la *Médecine moderne*, publie une observation de rash ortié sur le tronc et les membres, précédant de 24 heures l'éclosion de la rougeole.

En 1891, Surmont, de Lille, signale une éruption d'urticaire sur les bras, les jambes et la face, précédant de 24 heures l'éruption morbilleuse.

En 1891 également, J.-C. Wilson note une éruption scarlatiniforme 3 jours avant l'apparition de la rougeole classique.

Mais jusque-là on avait admis, comme on l'admettait pour la variole, que ces érythèmes tenaient à

la maladie même. En 1892, avec M. le Professeur Hutinel, commence la période d'interprétation pathogénique de ces érythèmes survenant au cours des maladies infectieuses. Dans son *Mémoire sur quelques érythèmes infectieux*, il ne parle que d'érythèmes survenus soit au cours même, soit au déclin, soit dans la convalescence de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, de la rougeole, de la scarlatine ou des angines simples, mais il montre que l'érythème est indépendant de ces maladies et n'est que le résultat d'une infection secondaire.

Quelques années plus tard, en 1896, le Docteur G. Robet rapporte 6 observations personnelles d'érythèmes prémorbilleux, et pose, à propos de ces érythèmes, la question d'une infection surajoutée.

Enfin, l'année dernière, en 1899, M. le D^r Deschamps communique à la Société de Pédiatrie quelques observations nouvelles, dans lesquelles l'examen bactériologique a été fait, et il conclut que ces rashes sont très probablement dûs à une infection streptococcique.

A la suite des observations de M. Deschamps, que nous reproduisons dans cette thèse, nous en apportons deux nouvelles dans lesquelles l'examen bactériologique a été fait par M. Bigard et M. Delestre, internes de M. le Professeur Hutinel, examen qui, fait avant l'apparition de la rougeole, a révélé la présence du streptocoque à peu près pur dans l'exsudat pharyngien des rougeoleux.

Observations

OBSERVATION 1

(Publiée par M. Deschamps)

Enfant B. . Georges, 6 ans, entre au pavillon d'isolement venant de la division des garçons, le 28 avril, comme étant atteint de rougeole. En effet, la température est élevée, 39°4, et l'enfant présente une éruption morbilliforme très nette ; il y a de la conjonctivite, mais elle est ancienne et n'a aucun rapport avec l'éruption actuelle. De plus, dès le lendemain, la température tombe à 38°2 et 37°6 ; l'éruption disparaît rapidement et la température redevient normale dès le 3^e jour. Il ne s'agissait que d'un érythème morbilliforme. Ce n'est que le 5 mai, c'est-à-dire 7 jours après, que la température est remontée brusquement à 39°3, et le lendemain, 6 mai, on constatait sur la face, le tronc, les cuisses et les avant-bras une éruption nettement caractérisée de rougeole, dont l'évolution et la durée n'ont présenté par la suite absolument rien d'anormal.

OBSERVATION II

(Publiée par M. Deschamps)

Jules L..., 12 ans, est amené au pavillon des douteux le 17 avril, venant de la division. Il a une forte angine ; le pharynx est très rouge, ecchymotique, même aspect sur les amygdales qui sont très grosses ; cet enfant est, du reste, un adénoïdien, qui garde toujours la bouche entr'ouverte, est sujet aux angines et tousse presque continuellement, bien qu'il n'ait rien dans la poitrine. La face est très rouge et il y a une éruption scarlatiniiforme sur les avant-bras et les jambes, les mains et les poignets sont aussi très rouges ; pas d'albumine dans les urines ; température 37°4 le matin, 38°6 le soir ; la fièvre n'est évidemment pas en rapport avec l'état de la gorge et n'éveille guère l'idée de scarlatine ; il est à remarquer d'ailleurs que l'enfant ne souffre pas de son angine et que l'aspect que présentent le pharynx et les amygdales est dû en grande partie aux lésions chroniques que porte cet enfant en temps ordinaire. D'ailleurs la fièvre disparaît rapidement et le lendemain, 18, le soir, la température est redevenue normale, l'angine pâlit un peu et l'éruption disparaît en 48 heures.

Le 19, le thermomètre marque 39°4 le matin, 39°3 le soir ; il y a de la diarrhée.

Le 20, dans la journée, l'enfant se plaint de la gorge,

il éternue, ses yeux rougissent et dans la soirée, c'est-à-dire le 4^e jour après l'apparition de l'érythème scarlatini-forme, commence sur la face une éruption de rougeole qui est déjà très étendue le lendemain.

Le 21, l'éruption est absolument confluyente sur les joues qui sont recouvertes d'une énorme plaque d'un rouge sombre légèrement chagriné ; mais autour des lèvres, derrière les oreilles, à la limite des joues et sous le menton, on retrouve facilement les éléments de l'éruption morbilli-forme ; très peu de chose sur le tronc ; éruption discrète sur les avant-bras et le dos des mains, plus marquée sur les poignets ; aux membres inférieurs, l'éruption est surtout marquée à la face postérieure des cuisses. Le petit malade tousse beaucoup, il a des râles de bronchite. La température continue à s'élever, le thermomètre monte à 40°3 le 21 au soir ; il reste à 40° le 22.

Le 22, l'éruption est généralisée à tout le corps, l'éruption est presque confluyente partout avec des éléments bouton-neux par places.

Le 23, la température retombe à 38° et le 25 à 37° : à partir de ce moment, la marche de la maladie est régulière et nous n'avons guère à noter que l'intensité de la desquamation qui, en certains points, aux mains particulièrement se fait par lambeaux rappelant ceux de la scarlatine.

Remarquons aussi que l'éruption de rougeole a été beaucoup plus marquée à la face et aux poignets, c'est-à-dire aux endroits mêmes qui avaient été le siège de l'érythème scarlatiniforme.

Notons enfin que M. Bigard a trouvé dans les exsudats pharyngés un streptocoque qu'il a pu cultiver.

OBSERVATION III

(Publiée par M. Deschamps)

Enfant C... Fernand, 13 mois, rachitique, atteint d'eczéma de la face.

Le 21 mai, notre jeune collègue M. Delestre, interne de M. le professeur Hutinel, constate un peu de rougeur de la gorge et un léger érythème scarlatiniforme se traduisant par un pointillé rouge plus marqué au niveau du tronc. Il y aussi deux ou trois macules rouges sur la joue droite, la température s'élève à 39°4 le matin, 39°5 le soir ; les yeux sont larmoyants, il y a du coryza ; aussi malgré les caractères de l'éruption. M. Delestre considère-t-il le petit malade comme suspect de rougeole.

L'érythème disparaît assez vite, mais la température quoiqu'irrégulière reste au-dessus de la normale et vacille entre 37°8 et 39°.

Le 25, elle monte à 39°5 et 39°8, en même temps que se fait, 4 jours après l'érythème scarlatiniforme, une éruption de rougeole nettement caractérisée.

Le 26, lorsque je vois l'enfant, je constate une éruption généralisée, formée d'éléments régulièrement papuleux, mais très inégaux et très inégalement répartis sur le corps ; confluent à l'aîne, ils sont discrets sur le tronc et rares à la face et aux membres. Les lèvres sont fissurées, sanieuses ; la gorge est en mauvais état. Le pharynx est

encombré de mucosités purulentes ; végétations adénoïdes probables.

Le 29, surviennent des convulsions dans les muscles moteurs des yeux et de la raideur de la nuque.

L'enfant meurt le 30 dans le coma.

Dans le résultat de l'autopsie, nous ne trouvons à signaler qu'une otite moyenne suppurée, qui était restée inaperçue pendant la vie.

Les cultures faites par M. Bigard ont permis de constater la présence de pneumocoques dans le pus de l'otite, de streptocoques dans les mucosités du pharynx ; les cultures faites avec le poumon sont restées négatives ; il n'y avait du reste qu'un peu de congestion passive des deux bases.

OBSERVATION IV

(Personnelle)

Enfant B... Louise, âgée de 3 ans. C'est une enfant idiote, qui ne parle pas et n'a jamais parlé ; elle est incapable de manger seule, perd ses urines et ses matières.

La station debout est impossible ; elle n'a pas d'atrophie, ni de paralysie des membres inférieurs, mais plutôt de l'ataxie : elle lance en effet les jambes en avant si on essaie de la faire marcher en la soutenant par les aisselles.

Cette enfant suspecte de rougeole reste apyrétique

jusqu'au 23 octobre. Elle pèse à ce moment 10 kilogs. Le 24, elle a 38° le soir ; le 26, 38°2, le soir ; le 28 elle fait 38°3 le matin, 38°9 le soir. Elle a augmenté cependant un peu de poids et pèse 10 kilogs 500.

La malade tousse un peu depuis quelques jours.

Le 29 on trouve à l'auscultation des râles sébilants dans les deux poumons.

Le 30 la température atteint 39°6 le soir. La petite malade commence à diminuer de poids et ne pèse plus que 10 kilogs 400.

Le 1^{er} novembre apparaît sur le tronc un érythème à petits points mal caractérisé.

Le 2 novembre l'érythème est devenu polymorphe, et siège sur le tronc, les membres, les mains, la paume surtout. La face est respectée.

Les éléments éruptifs sont larges, 1 à 2 centim., à bords déchiquetés.

En même temps la gorge est rouge, le nez est le siège d'une suppuration assez abondante.

On ensemence sur gélose en tubes inclinés les produits de la suppuration nasale et les mucosités de la gorge : la culture dans l'étuve à 37° donne un grand nombre de petites colonies de streptocoque pur et quelques rares colonies de staphylocoque doré.

L'état général de l'enfant s'est aggravé, son poids a continué à baisser, la température atteint 40°.

Le 3 novembre, l'érythème s'atténue et fait place à une éruption de rougeole très nette : taches discrètes à la face et au tronc ; confluentes au contraire au niveau du cou.

Les yeux sont rouges ; les urines rares et albumineuses.

A l'auscultation on trouve des râles humides aux deux bases.

Le poids n'est plus que de 9 kilogs 400.

La température atteint 40°2 et l'enfant meurt brusquement le jour même de l'éruption.

A l'autopsie rien dans les poumons. Le foie et la rate sont congestionnés ; congestion également des méninges avec légère exsudation gélatiniforme.

L'ensemencement des liquides péricardique, cœphalo-rachidien, et du sang du cœur reste négatif.

OBSERVATION V

(Personnelle)

Le jeune L... Gaston, âgé de 1 an 1/2, entre au pavillon d'isolement le 11 Février, venant du service de médecine. C'est un enfant un peu rachitique avec front saillant et tibias légèrement incurvés. Il a de la fièvre, sa température au matin est de 39°. L'examen clinique ne donne rien de bien net.

Le 12, toujours rien ; pas de selles depuis 2 jours. Température du soir 39°7.

13 février, apparition d'un érythème formé de nombreuses papules petites et saillantes, discrètes sur les

Rabant

membres, confluentes au tronc où elles forment une ceinture complète. La face, les aines et les aisselles sont respectées.

L'enfant a eu deux selles jaunes. La température est le matin 38°6, le soir 37°8.

La gorge est un peu rouge.

L'ensemencement sur gélose des mucosités de la gorge et du nez donne à l'étuve à 37° de nombreuses colonies fines, très nettes de streptocoque, avec quelques colonies plus grosses de staphylocoque doré.

Le 14, la température reste à 38°2. L'enfant est enchi-frené, les yeux rouges et larmoyants.

A l'auscultation, rien dans les poumons.

Le 15, température le matin : 39°2, le soir 39°5.

Le 16, éruption de rougeole très nette et normale, débutant par la face : petites saillies rouges, inégales et groupées par plaques.

Le 18. La température descend à 38°2.

L'éruption à larges macules de la rougeole a disparu, mais l'érythème persiste, sous forme de très petites taches rouges subconfluentes, surtout au tronc, sur fond légèrement rouge.

L'érythème a disparu.

Le 21, la température est redevenue normale.

Le 28, l'enfant sort guéri.

Voyons maintenant quels enseignements on peut tirer de ces observations et de toutes celles déjà publiées.

Chapitre II

Etiologie

Bien que la fréquence des érythèmes prémorbileux ne soit pas très grande, on peut déjà en réunir aujourd'hui un certain nombre d'observations ; et leur nombre ira certainement en augmentant maintenant qu'ils sont mieux connus, qu'on ne les confondra plus avec d'autres éruptions et qu'on les distinguera mieux de la rougeole même à laquelle ils viennent se surajouter.

Ils paraissent se montrer plus fréquemment chez les enfants ; et en effet la plupart des observations portent sur des enfants au-dessous de 10 ans. Peut-être simplement parce que la rougeole elle-même s'observe surtout à cet âge ; peut-être aussi parce que chez les enfants la peau est plus sensible, plus irritable, et que la circulation y est plus active.

Le terrain entre aussi sans doute pour une certaine part dans la genèse de ces accidents. Nous sa-

vons que le mauvais état général a une influence non douteuse sur la production des complications de la rougeole. Dès lors puisqu'on sépare aujourd'hui nettement les érythèmes prémorbilleux de la maladie elle-même, on est bien obligé d'admettre que l'on a affaire à des affections surajoutées, véritables complications qui, comme toutes les autres, apparaissent de préférence sur des terrains mauvais et débilités.

De même que les complications du côté de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif, des organes des sens et toutes les complications en général, sans doute on peut voir des érythèmes prémorbilleux chez les sujets sains et normaux, mais si nous nous en tenons aux observations rapportées par M. Deschamps et à celles que nous avons prises dans le service du Professeur Hutinel, nous voyons que sur 9 rougeoleux un seul était vigoureux et sain. Les autres sont des enfants rachitiques, des enfants lymphatiques avec grosses amygdales et angines à répétition, des enfants dont le tube digestif fonctionne mal ; en somme des enfants qui s'infectent facilement.

A côté du terrain, il faut encore, croyons-nous, tenir compte du milieu. On sait en effet que la rougeole, maladie ordinairement bénigne, est grave dans les hôpitaux, et grave surtout par les complications.

L'hospitalisation est en effet, par dessus tout, la cause des complications et nous en connaissons bien la raison. Comme dit le Professeur Richard, du Val-

de-Grâce (1), « ce qui distingue le rougeoleux entre tous les contagieux, c'est la vulnérabilité acquise à l'égard de presque toutes les infections secondaires ; il est comme dépouillé de ses épithéliums protecteurs et offre un milieu de culture tout prêt à tous les germes ; il peut prendre tous les microbes, il ne faut qu'une condition : c'est qu'ils soient présents... »

Or, ils sont tous présents dans les milieux hospitaliers et n'attendent qu'une occasion pour se développer. Cette occasion, la rougeole la leur fournit.

Toutes les observations d'érythème pré-morbilleux signalées jusqu'ici sont des observations de malades hospitalisés et placés par conséquent dans les conditions voulues pour faire des infections surajoutées. Et peut-être la présence à l'hôpital n'est-elle pas étrangère à la production des érythèmes.

(1) Thèse de Frenkel, Paris 1898.



Chapitre III

Symptômes

Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les observations déjà publiées d'érythème prémobilieux, nous constatons que comme les érythèmes signalés par le professeur Hutinel, au décours de la maladie, ceux qui précèdent l'éruption de rougeole présentent un certain nombre de caractères communs et que, par ce fait même, ils font penser à des infections identiques.

Leur aspect cependant est des plus varié et, comme le dit M. Deschamps, ce polymorphisme est certainement un de leurs principaux caractères. Il semble que le plus souvent ce soient des érythèmes scarlatiniformes ; quelquefois ils sont morbilliformes ; plus rarement ils rappellent l'urticaire ou la miliaire rouge ; dans certains cas enfin ils sont véritablement polymorphes et sans aucun caractère tranché. Ces variations s'expliquent peut-être du reste, si on se

rappelle combien sont différentes les réactions individuelles.

Mais si leur aspect est si variable, ils se ressemblent néanmoins par leur époque d'apparition, par leur durée et par leur siège le plus habituel.

Leur époque d'apparition est à peu près toujours la même : ce sont de véritables érythèmes prodromiques se montrant tout-à-fait au début ou tout au moins dans le courant de la période d'invasion. Dans nos observations, dans celles de M. Deschamps, dans celles aussi du D^r Robert, comme dans les observations des auteurs qui les ont précédés, c'est toujours dans les 4 ou 5 jours qui précèdent l'éruption de la rougeole, quelquefois moins, rarement plus, que l'érythème fait son apparition.

Ils sont fugaces et leur rapidité d'évolution est plus grande même dans la rougeole que dans les autres maladies éruptives. Ils durent rarement plus de 3 jours, souvent même pas plus de 24 ou 48 heures. Presque toujours ils ont disparu au moment ou l'éruption de rougeole fait son apparition, ou ils s'effacent quand elle se montre.

Leur siège est un peu partout, au tronc ou aux membres, mais le plus habituellement la face est respectée.

Enfin ils ne s'accompagnent pas de phénomènes généraux graves comme les érythèmes qui surviennent à la suite de la diphtérie ou de la fièvre typhoïde. La

fièvre est légère comme elle l'est habituellement à cette période de la rougeole, en même temps que les enfants sont maussades et apathiques.

Citons encore cette particularité décrite par Bernhardt : l'érythème pâlit quand on découvre entièrement l'enfant pendant un certain temps, au cours d'un examen par exemple.

Tels sont, rappelés brièvement, les caractères cliniques de ces éruptions prémorbilleuses.



Chapitre IV

Diagnostic

Comme le fait remarquer M. le D^r Sevestre, de quelque façon que l'érythème se manifeste, on conçoit facilement que, chez les enfants suspects de rougeole, offrant d'ailleurs les symptômes de la période d'invasion de cette maladie, on puisse être fort embarrassé et être obligé de réserver le diagnostic pendant un ou deux jours.

On sera en effet en droit de penser à toutes les roséoles infectieuses, au moins pour les éliminer.

La *roséole saisonnière*, exanthème surtout automnal, estival et vernal, fièvre éruptive voisine de la rougeole, caractérisée par une éruption de taches roses se généralisant en une seule poussée et paraissant après 24 heures d'invasion, quelquefois s'étalant en larges plaques rouges sur les membres, mais dépourvue toujours des accidents catarrhaux qui précèdent et accompagnent l'éruption morbillieuse.

La rubéole, dont l'existence distincte est nettement admise aujourd'hui et qui se voit surtout dans l'enfance. « C'est une éruption polymorphe comme confluence des macules, comme coloration, qui est rosée, écarlate ou ponctuée, comme contour des taches qui sont irrégulières et dentelées » (1). Elle atteint son acmé en 24 heures et disparaît en 3 ou 4 jours. Mais elle s'accompagne d'un engorgement ganglionnaire général et symétrique, adénopathie qui prédomine aux régions sous-occipitale, sous-maxillaires et inguinâles.

La roséole syphilitique avec ses taches non saillantes, d'un rose plus ou moins foncé, s'effaçant à la pression, et qui correspond à l'acmé de la fièvre secondaire quelquefois assez élevée avec violente céphalalgie, courbature dans les membres et dans les lombes. Mais ces taches débutent à la face latérale du thorax et aux flancs ; elles sont rares sur les membres, exceptionnelles à la face et ne se montrent jamais aux mains ni aux pieds. Enfin elle ne desquame jamais.

Les *taches rosées* de la fièvre typhoïde, arrondies, isolées, lenticulaires, s'effaçant sous la pression du doigt, taches qui se montrent vers le 7^e jour, et apparaissent en une série de poussées successives, chaque élément durant 4 ou 5 jours. Mais ici l'état général

(1) A. Morel-Lavallée. — Gazette des hôp. 87.

est plus grave, le malade est plus abattu, et en tous cas le séro-diagnostic lèverait facilement les difficultés.

Les *rashs prévarioliques* qui apparaissent à la fin du deuxième jour et disparaissent très rapidement au bout de 24 heures. Ils n'occupent que le thorax, l'abdomen, la racine des membres, surtout les genoux et les coudes qu'ils ne dépassent pas.

La *roséole vaccinale* paraissant en pleine fièvre d'inoculation, 8 à 10 jours après l'inoculation, et qui occupe le tronc, les membres, mais aussi la face. Ce sont des macules rouges, arrondies, à bords déchiquetés, qui disparaissent en 48 heures.

Les *rashs de la diphtérie* le plus souvent polymorphes, essentiellement variables et changeant facilement d'aspect. Ils peuvent apparaître sur toutes les parties du corps, mais avec un siège de prédilection sur le dos des mains et des pieds, sur les genoux et les coudes. Ils durent un ou deux jours, ne dépassent guère 4 jours et sont habituellement précédés et accompagnés d'une élévation thermique assez sensible, quelquefois plus d'un degré, suivie d'une chute progressive.

L'*érythème noueux*, variété de l'érythème polymorphe assez fréquente chez l'enfant : après une période prodromique assez longue de troubles de l'état général, apparaissent des nodosités rouge sombre sur la face antérieure des membres inférieurs ou sur la face dorsale des avant-bras.

Il faudra encore éliminer les roséoles médicamenteuses :

Les *roséoles balsamiques* discrètes et siégeant autour des coudes et des poignets, des genoux et des malléoles, émergeant, suivant l'expression de M. Morrel-Lavallée, comme de légères saillies papuleuses foncées sur la nappe rose pâle de la région péri-articulaire. Elles persistent pendant 8 ou 15 jours, et tant que dure le traitement.

Parfois l'éruption est confluyente et généralisée, et le diagnostic devient plus difficile, d'autant qu'elle peut s'accompagner au début de fièvre, de courbature, d'embarras gastrique. Elle peut simuler l'urticaire ou l'érythème polymorphe, ou même prendre l'aspect de larges plaques scarlatiniformes. La face est bouffie, les muqueuses oculaires, pharyngée et buccale sont congestionnées. Mais tout rentre dans l'ordre en 3 ou 4 jours.

On devra alors s'aider pour le diagnostic des anamnétiques et rechercher chez l'adulte la présence d'une blennorrhagie, d'une cystite, d'un catarrhe bronchique, causes les plus habituelles de l'administration des balsamiques. Se rappeler aussi qu'elle affecte principalement les membres avec des *nœuds de confluence* (Ricord) au niveau des jointures, du côté de l'extension.

Les *éruptions quinquiques* signalées surtout par Bazin, habituellement simples roséoles, quelquefois

revêtant l'aspect scarlatiniforme ou purpurique. Elles sont plus ou moins prurigineuses, généralisées ou limitées, et à évolution rapide.

L'*antipyrine* qui donne des éruptions érythéma-teuses formées de taches arrondies rouge cinabre, un peu saillantes, à bords mal accusés, confluentes au niveau des coudes et des genoux, surtout du côté de l'extension, éruptions disparaissant rapidement après la suspension du médicament.

L'*érythème chloralique*, ordinairement en plaques rouge vif, disséminées, mobiles et fugaces, quelque-fois d'aspect morbilliforme. Il se montre à la face et sur les parties déclives. D'après M. Barbillon l'haleine aurait d'une façon constante une odeur de pomme de reinette.

L'*acool* pourrait aussi donner d'après M. Barbillon de véritables rashes sous forme de plaques rouges sur le corps et sur la figure, survenant peu après l'ingestion.

La *belladone* ou son alcaloïde l'*atropine* donne lieu à l'apparition d'un rash bien connu, d'aspect simplement roséolique ; quelquefois scarlatiniforme. Il est fugitif, s'accompagne de mydriase et n'occasionne ordinairement pas de fièvre.

L'*opium* et la *morphine* donnent un rash analogue. Mais il est plus rare, ne s'accompagne pas de mydriase, plutôt, au contraire, de myosis.

Le *mercure* à l'intérieur a donné aussi, rarement

il est vrai, des éruptions polymorphes le plus souvent, quelquefois scarlatiniformes, quelquefois même rubéoliques.

La *santonine*, l'*iode*, le *brome*, l'*arsenic* enfin ont pu donner lieu à des roséoles.

Mais dans tous ces cas, il suffit de songer à l'intoxication médicamenteuse et d'interroger avec soin le malade ou son entourage pour trouver la cause de l'éruption.

Il faudra différencier encore les érythèmes pré-morbilleux de certaines dermatoses comme le *pityriasis rosé de Gibert*, la roséole squameuse de Fournier, qui siège surtout à la base du cou, au thorax et à la racine des membres, respectant presque toujours la tête et les extrémités. C'est une éruption symétrique, qui s'arrête aux genoux et aux coudes, et qui progresse insensiblement, en descendant de haut en bas. Son évolution est fatale, cyclique et elle se termine toujours par résolution en 4 à 6 semaines.

Le *pityriasis versicolor* peut prendre quelquefois une teinte rose, mais en tous cas il est toujours squameux, le signe du coup d'ongle subsiste toujours et l'examen microscopique détruira les dernières hésitations en révélant la présence du microsporon furfur.

Il faudra éliminer encore les *roséoles pudiques* qui surviennent au moment où on découvre le malade, alors que les érythèmes pré-morbilleux, nous

l'avons vu, pâleraient dans le même cas, d'après Bernhardt.

Pour terminer, il reste à les distinguer de l'*urticaire*, mais qui ne s'accompagne pas des symptômes classiques de la période d'invasion de la rougeole ;

De la *scarlatine* : mais les symptômes de la période d'invasion de cette maladie n'existent pas ici. Il n'y a pas cette brutalité caractéristique du début avec frisson, état nauséeux, température atteignant rapidement 40 ou 41°, et pouls à 120, 140 pulsations à la minute, 180 même chez les jeunes enfants ;

De la *variole* : mais on n'en a pas l'invasion brusque avec grand frisson et température élevée, avec rachialgie lombaire et vomissements pénibles, alimentaires, muqueux ou bileux ;

De la *rougeole* elle-même enfin : mais au lieu de débiter par le visage, l'érythème prémorbilleux respecte presque toujours la face et le cou pour se localiser au tronc et aux membres.



Chapitre V

Pathogénie

Quelle est maintenant la pathogénie et la nature de ces éruptions ?

Nous avons vu que Bouchut ne semble pas les différencier de l'éruption morbillieuse elle-même, puisqu'il les considère comme une rougeole sans catarrhe.

Il avait remarqué cependant déjà qu'un intervalle de plusieurs jours et même quelquefois de plusieurs mois séparait les deux éruptions.

Quand plus tard on fit de l'érythème prémorbilleux une éruption bien distincte de la rougeole, on en fit un symptôme de la maladie elle-même, et, comme le rash de la variole, c'était une manifestation d'origine nerveuse, liée à une paralysie vaso-motrice. Il semblait rationnel d'admettre que la peau fût touchée comme les autres organes.

Mais aujourd'hui qu'on connaît la fréquence de ces éruptions fugaces dans beaucoup de maladies

infectieuses, on les sépare nettement de la maladie primordiale : ce n'est pas un symptôme accessoire de cette maladie. On s'expliquerait mal en effet pourquoi il existerait un symptôme exceptionnel de la rougeole et pourquoi ce symptôme manquerait si souvent. Comme le rash de la variole, on admet que l'érythème prémorbilleux n'est qu'un érythème prémonitoire sans aucun rapport avec l'exanthème de la rougeole.

Avec cette idée nouvelle, voyons quelle peut alors en être la cause.

On ne peut pas admettre qu'il soit dû à une intoxication alimentaire ou médicamenteuse : aucune de ces deux causes, en effet, n'a pu être retrouvée chez les enfants dont les observations ont été publiées.

Ce n'est pas non plus une autre fièvre éruptive qui serait venue se superposer à la rougeole et la compliquer, car les symptômes des autres fièvres éruptives manquent, nous l'avons vu.

Il faut admettre alors, et c'est la tendance actuelle, que l'on a affaire à une infection surajoutée.

En 1890, quand M. le professeur Hutinel signale une épidémie d'érythèmes infectieux au cours de la fièvre typhoïde, il admet déjà pour les expliquer la possibilité d'une infection secondaire, car ces érythèmes s'accompagnaient de poussées fébriles et de symptômes qui, même dans les cas les plus bénins, prouvaient l'existence d'un processus infectieux : faiblesse, prostration, langueur du malade ; anorexie,

vomissements quelquefois, diarrhée souvent abondante ; les urines étaient rares, la respiration auxieuse, le pouls accéléré. Le malade avait été fortement touché et la convalescence était longue à la suite de ces infections. Cette complication, comme il le faisait remarquer, avait bien un caractère infectieux rappelant par les vomissements, l'altération rapide des traits, le collapsus, l'engorgement des ganglions lymphatiques, ce qu'on observe dans certaines lymphangites toxiques.

Et si nous comparons l'aspect clinique de ces érythèmes de la fièvre typhoïde avec celui des érythèmes prémorbilleux, nous voyons que dans la fièvre typhoïde l'éruption rappelle assez l'exanthème de la rougeole, mais que cependant ses caractères ne sont pas très nets et que c'est quelquefois un mélange d'érythème morbiliforme et d'érythème scarlatiforme : aspect qui rappelle singulièrement les érythèmes prémorbilleux.

Les éruptions de la fièvre typhoïde siégeaient sur les mains, les avant-bras, les coudes, les genoux, les jambes et les fesses, respectant la face, comme les éruptions de la période d'invasion de la rougeole.

Quelquefois, comme dans la rougeole, l'éruption se faisait en plusieurs poussées.

Enfin, comme les érythèmes prémorbilleux, c'étaient des érythèmes fugaces : ils duraient en moyenne 4 ou 5 jours,

Voilà donc des éruptions qui semblent bien de même nature et il est rationnel d'admettre qu'il s'agit bien d'infections secondaires dans la rougeole, comme on l'admet dans la fièvre typhoïde.

Plus tard, en 1892, M. le professeur Hutinel décrit des érythèmes infectieux survenus soit au cours même, soit au déclin, soit dans la convalescence de la diphtérie, de la rougeole, de la scarlatine ou des angines simples. Il montre que dans tous ces cas, l'érythème n'a jamais été que la manifestation extérieure, que le symptôme apparent d'une infection générale. Ici encore ces éruptions rappellent celles de la période prééruptive de la rougeole. Ce sont encore des érythèmes d'aspects variés, mais avec de nombreux points de ressemblance, car « chaque sujet réagit à sa façon contre l'élément morbifique. C'est le malade qui fait son érythème, l'infection et la toxémie n'en sont que l'occasion. » Et il conclut, d'après la clinique et l'examen des organes, qu'ils sont non pas un symptôme accidentel de la maladie primordiale, mais bien la manifestation d'une infection secondaire.

Enfin rappelons l'observation de M. le Dr Nobécourt, citée par M. Deschamps, et qui suffirait à prouver qu'on a bien affaire à des accidents surajoutés indépendants de la maladie primordiale.

OBSERVATION VI

(Publiée par M. Deschamps)

A... Gaston, 13 mois, rachitique et présentant des cicatrices de varicelle, entre le 1^{er} février 1899 au pavillon des douteux comme suspect de rougeole.

La veille la température s'était élevée à 39°2, pour retomber le 1^{er} au matin à 37°4. On constate un érythème morbilliforme sur les membres inférieurs, le tronc, la face, derrière les oreilles ; les yeux ne sont ni rouges, ni larmoyants ; les matières fécales sont jaunes, liquides, fétides.

Le 2, l'éruption est très atténuée. T. 38°5.

Le 3, les selles sont toujours diarrhéiques. Elles renferment du coli-bacille et des streptocoques en petite quantité. Inoculés séparément aux cobayes, ces microbes restent sans effet, mais l'injection simultanée a produit un érysipèle sur le lapin.

Le 7, il persiste des traces d'éruption derrière l'oreille et aux membres inférieurs. Desquamation furfuracée nette sur l'abdomen et la poitrine. Selles jaunes, demi-liquides, mal digérées ; l'enfant maigrit. T. 37°3.

Le 10, desquamation presque totalement disparue. T. 38°. Selles un peu meilleures, mais toujours fétides.

Le 17, l'état général est toujours peu satisfaisant, l'enfant continue à perdre du poids, la température oscille autour de 38°.

Le 19, la température s'élève à 39°. Broncho-pneumonie.

Le 26, la fièvre qui a persisté jusqu'à ce jour, tombe en même temps que les symptômes pulmonaires s'amendent ; cependant le souffle persiste à droite.

Le 9 mars, la température s'élève de nouveau à 38°5 et plus. Diarrhée, souffle et gros râles humides à droite.

Le 13, T. 40°3. Eruption de rougeole très caractérisée.

Le 21, la température est redevenue normale, mais persistance de foyers soufflants et de râles humides dans la poitrine.

L'enfant est repris par sa famille.

Ainsi donc voici une observation dans laquelle on trouve un érythème morbilliforme 6 semaines avant l'apparition de la rougeole, érythème accompagné de fièvre et coïncidant avec des phénomènes d'infection intestinale à coli-bacille et à streptocoque.

Mais ce n'est pas tout, on trouve encore un point intéressant à relever dans cette observation, la présence d'une broncho-pneumonie, 3 semaines avant la rougeole ; fait important car il nous prouve que l'enfant était infecté par les agents pathogènes vulgaires avant l'apparition de l'éruption morbillieuse : après une diarrhée à coli-bacille et à streptocoque, il fait une broncho-pneumonie dont l'agent habituel probable est aussi le streptocoque. Il est évident que l'érythème

est de même nature et dû aussi à une infection streptococcique.

Déjà M. le professeur Hutinel avait fait remarquer la coexistence fréquente de bronchite purulente ou de broncho-pneumonie avec les érythèmes tardifs de la rougeole.

Et si nous recherchons dans les observations connues d'érythèmes prémorbilleux, nous voyons que souvent quelque complication infectieuse accompagne l'érythème et précède comme lui la rougeole, le tout n'étant que la manifestation évidente d'une même infection.

Quel est maintenant le microbe cause de ces érythèmes ? C'est vraisemblablement le streptocoque.

C'est lui en effet l'agent le plus habituel des complications de la rougeole. On sait en outre qu'il est capable à lui seul de donner des érythèmes analogues. Dans la diphtérie, par exemple, le D^r Mussy a montré que les érythèmes apparaissent dans les angines diphtéroïdes où le streptocoque existe seul sans bacilles de Loeffler et de plus qu'on ne les rencontre dans les angines vraiment diphtériques que lorsque le streptocoque apparaît, se mêle ou se substitue au bacille de Loeffler.

Dans les exsudats muqueux des rougeoleux on a trouvé différents microbes, mais c'est de beaucoup le streptocoque qu'on rencontre le plus fréquemment.

Sans compter l'observation du D^r Nobécourt où

l'on avait trouvé du streptocoque dans les selles, nous l'avons vu, on en a trouvé dans deux des observations de M. Deschamps, et on l'a trouvé encore presque pur chez les deux petits malades dont nous rapportons les observations : et ici l'examen bactériologique avait été fait avant l'apparition de la rougeole.

D'ailleurs il est bien probable qu'il ne faut pas incriminer le seul streptocoque ; il existe dans le pharynx des germes pathogènes de toute espèce. Boulloche et Méry ont trouvé dans les exsudats muqueux des rougeoleux des pneumocoques, à côté des streptocoques ; Barbier a encore trouvé des staphylocoques ; mais tous ceux qui ont cherché ont trouvé surtout du streptocoque ; c'est lui l'agent le plus habituel des complications morbillo-septiques ; c'est lui aussi très probablement l'agent le plus habituel des érythèmes prémorbilleux.

Quant à la porte d'entrée de ces germes, rappelons-nous que, chez ses enfants ayant présenté des érythèmes au cours de la fièvre typhoïde, M. le professeur Hutinel avait déjà fait remarquer la présence de fissures aux lèvres, d'ulcérations buccales et pharyngées et qu'il a retrouvé ces mêmes lésions de la bouche et du pharynx dans la plupart des cas d'érythèmes infectieux qu'il a étudiés. De même chez beaucoup de rougeoleux ayant présenté des éruptions prémorbilleuses, M. Deschamps fait remarquer qu'on a trouvé la bouche et la gorge en mauvais état, qu'on

a constaté des lésions aiguës ou chroniques de la bouche, du pharynx ou des fosses nasales, ou encore des accidents gastro-intestinaux qui suffisent parfois à eux seuls à produire des érythèmes. Et c'est là sans doute qu'est le point de départ, la voie d'entrée de l'infection.

Dans tout ceci la rougeole n'est pas sans avoir une influence. Elle joue le rôle de cause occasionnelle, de prétexte à l'infection. Le streptocoque habite ordinairement sans accidents les muqueuses des premières voies digestives et respiratoires, il y vit en saprophyte, et comme tout saprophyte il peut devenir virulent suivant les variations de la résistance locale ou générale de l'individu.

Il est rare qu'il traverse les muqueuses saines, mais la plus légère effraction suffit à le laisser pénétrer et il la trouve chez ces enfants dont la gorge est souvent en mauvais état. De plus, et c'est un fait bien connu, l'association de plusieurs microbes qui souvent se renforcent l'un l'autre, peut modifier le pouvoir pathogène. Et l'on peut dès lors admettre que le germe inconnu de la rougeole exalte la virulence de ces hôtes jusqu'alors inoffensifs.

Quant aux enfants qui présentent toutes les apparences d'une santé parfaite, on peut se demander avec M. Deschamps, « s'ils n'étaient pas en état de microbisme latent, et si ce microbisme latent n'a pas été réveillé par l'invasion de la rougeole et la production du catarrhe morbillieux sur les muqueuses. »

Chapitre VI

Pronostic

Malgré l'opinion de ceux qui ont parlé jusqu'alors des érythèmes prémorbilleux, il semble logique de penser qu'il ne faut pas les considérer absolument comme une manifestation bénigne et sans importance et qu'on doit au contraire réserver le pronostic.

Dans les cas d'érythèmes au cours de la fièvre typhoïde signalés par M. le Professeur Hutinel il y eut 5 morts sur 12 malades et, comme il le fait remarquer, bien que les plus gravement atteints eussent été frappés au cours même de la dothiéntérie, les érythèmes de la convalescence cependant ne furent pas tous bénins ; et dans tous les cas le pronostic était d'autant plus sévère qu'ils s'accompagnaient de symptômes généraux plus graves, l'époque de la maladie à laquelle ils apparaissaient ayant peu d'influence.

Et cependant avant M. Hutinel on avait l'habitude de dire que leur apparition était sans importance pour le pronostic.

De même les érythèmes qu'il avait étudiés dans différentes maladies infectieuses avaient toujours singulièrement assombri le pronostic.

Sans doute si nous relevons les différentes observations publiées d'érythème prémorbilleux, nous voyons que souvent la rougeole a évolué normalement, qu'elle a guéri et qu'ordinairement la convalescence ne s'est pas prolongée plus que de coutume. Mais cependant dans bien des cas on trouve des accidents d'infection secondaire après l'éruption de rougeole, et souvent avant elle on a signalé de la broncho-pneumonie et des diarrhées fétides apparaissant à peu près en même temps que l'érythème, dans cette période d'infection qui précède l'apparition de l'exanthème morbilleux. Enfin si bien des malades ont guéri, la rougeole n'a pas été aussi bénigne pour tous et quelques cas ont été suivis de mort.

Nous croyons donc qu'il ne faut pas déclarer comme d'Espine et Picot que ce rash est sans valeur pronostique, ni penser comme le D^r Robet et le D^r Deschamps que ce sont des érythèmes bénins.

Si souvent ils n'ont semblé influencer en rien la période d'invasion de la rougeole, on ne doit pas oublier que parfois ils s'accompagnaient de symptômes d'infection ou de complications morbilloseptiques, et qu'en tous cas ils ne sont vraisemblablement que la révélation, la manifestation extérieure d'une infection secondaire.

Il faut donc, et telle est notre conclusion, dire avec M. le D^r Sevestre que, si jusqu'alors les rougeoles observées dans ces conditions ont presque toujours évoluées d'une façon bénigne, on ne peut pas affirmer qu'il en sera toujours ainsi, et, puisque ces érythèmes se rattachent à un état infectieux, qu'il est prudent de réserver le pronostic et de craindre l'apparition d'autres complications.



Chapitre VII

Traitement.

La notion d'infection donne une indication très nette et d'autant plus intéressante qu'elle conduit à un traitement préventif. Nous avons vu qu'on peut incriminer le mauvais état de la gorge et des premières voies digestives et respiratoires en général, ainsi que les troubles de l'appareil digestif ; qu'on peut y voir la porte d'entrée de l'infection. Dès lors le traitement se résume en deux mots : surveiller l'appareil digestif, l'état des lèvres, de la bouche, du pharynx et du nez et en faire avec soin l'antisepsie, surtout si la présence d'érosions ou de lésions chroniques peut faire penser à la possibilité de l'infection.



CONCLUSIONS

En résumé, il faut considérer les érythèmes pré-morbilleux comme indépendant de la rougeole qui n'en est que le prétexte.

Il faut penser que ce sont des érythèmes infectieux, véritable complication de la rougeole, dus vraisemblablement à l'envahissement de l'organisme par le streptocoque ou ses toxines, les érosions de la bouche, du pharynx et du nez lui servant de porte d'entrée.

Il semble que l'organisme déjà affaibli par l'invasion de la maladie soit en état de moindre résistance et se laisse, par ce fait même, envahir par ses saprophytes devenus pathogènes.

Le traitement découle de cette manière de voir : débarrasser le malade de ses saprophytes par l'antisepsie des premières voies digestives et respiratoires.

Quant au pronostic il faut le réserver puisque, si

on a affaire à une complication infectieuse, peu grave il est vrai, il faut craindre l'apparition d'autres complications plus sérieuses, le malade étant en état d'infection secondaire.

Vu : Le Président de Thèse,
HUTINEL.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



BIBLIOGRAPHIE.

Bouchut. — Traité pratique des maladies des nouveaux-nés : art. Rougeole.

Henoch. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants, 1877.

Talamon. — Rash ortié, Méd. Mod., 1890.

Surmont. — Société de Méd. du Nord, 1894.

J.-C. Wilson. — Med. and. surg. Report, mars 1894.

Hutinel. — Notes sur quelques érythèmes infectieux.
Arch. générales de Méd., 1892.

Robel. — Th. de Paris, 1896.

Deschamps. — Soc. de Pédiatrie, juin 1899.

Frenkel. — Th. de Paris, 1898.

D'Espine et Picot. — Traité pratique des maladies de l'enfance.

H. Barbier. — Manuel de Médecine, art. Rougeole.

Sevestre. — Soc. de Pédiatrie, octobre 1899.

A. Moret-Lavallée. — Etude générale sur les roséoles.
Gaz. des Hôp., 1887.

Barbillon. — Arch. de phys., janvier 1887.

Hutinel et Martin de Gimard. — Sur une épidémie

d'érythèmes infectieux au cours de la fièvre typhoïde,
Méd. Mod., 1890.

Mussy. — Thèse de Paris, 1891.

Sanné. — Dict. encyclopédique, art. Rougeole.

D'Espine. — Dict. de Méd. et de chir. pratiques, art.
Rougeole.

A. Sallard. — Manuel de Méd., art. Scarlatine.

Cadet de Gassicourt. — Traité clinique des maladies
de l'enfance.

Barthès et Sanné. — Traité clin. et pratique des ma-
ladies des enfants.

Barbier. — La Rougeole. Bibli. Charcot-Debove.

Gerhardt. — Mal. des enfants.

Méry et Boulloche. — Recherches bactériologiques
sur la salive des enfants atteints de Rougeole. Revue des
maladies de l'enfance, avril 1891.

Sevestre. — La prophylaxie dans la rougeole, Pro-
grès Méd., 1887.

Trousseau. — Clin. Médicales de l'Hôtel-Dieu.

